Revelación de Información

Yo, _____, autorizo al

(Favor de escribir su nombre con letra de molde)

Departamento de Salud Pública del Condado Maricopa / Oficina de Salud

Oral revelar la información necesaria a

_____/_____
Nombre de su agencia/agencias de administración de caso / Nombre de su proveedor dental

-Si usted no tiene una agencia de administración de caso o proveedor dental, escriba ninguno en estos espacios.-

con respecto a la inscripción y la administración del Departamento de Salud Pública / Grupo # 2365 Plan Delta Dental de Arizona.

Este permiso de revelación permanecerá en vigor por hasta cinco (5) años.

Además de eso, entiendo que las personas que revisan mis historiales guardarán en confianza toda la información.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____